

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES CONGÉNITAUX

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Juin 1899, à 4 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Nercès TULLIAN

Né à Constantinople (Turquie), le 16 Juin 1874.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. WEISS	professeur.....	Président.
		CHRÉTIEN	professeur.....	
		FROELICH	agrégé.....	Juges.
		SCHUHL	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES CONGÉNITAUX

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Juin 1899, à 4 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

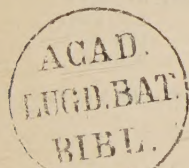
PAR

Nercès TULLIAN

Né à Constantinople (Turquie), le 16 Juin 1874.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. WEISS	professeur.....	} <i>Président.</i>	
		CHRÉTIEN	professeur.....		
		FROELICH	agréé.....		} <i>Juges.</i>
		SCHUHL	agréé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY

A. GRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I.

Assesseur : M. BERNHEIM *, I.

Doyen honoraire : M. TOURDES O *, I.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I, HERRGOTT *, I,

HECHT *, I, BEAUNIS *, I.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, A, professeur.
Pathologie externe.....	M. FROELICH, A, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, *, A, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, agrégé, ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FROELICH, A.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A.	ANDRE.

Agrégés libres: MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I, ROHMER, I, VAUTRIN, A.
REMY, A, P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, M, A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

A MES PARENTS

A MONSIEUR K. TORKOMIAN

DIRECTEUR DE L'INSTITUT SÉRICICOLE DE BROUSSE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MES CHERS CAMARADES

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A TOUS MES MAITRES

AVANT-PROPOS

L'honneur que nous avons eu de commencer et de poursuivre nos études médicales à Nancy, où nous avons puisé des enseignements précieux et vécu des moments heureux, nous appelle, au moment de prendre congé de nos Maîtres et de nos amis, au devoir agréable de témoigner aux uns notre profonde reconnaissance en même temps que notre estime et notre dévouement, et aux autres les sincères sentiments de sympathique affection qui perpétueront en nous le souvenir des années — presque trop courtes — que nous aurons passées en France.

Et avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous rendrons hommage aux Professeurs de la Faculté de médecine de Nancy, à ceux qui ont nous prodigué de magistrales leçons ou d'inoubliables conseils. De même dans l'avenir, si nos efforts sont couronnés de succès, nous nous souviendrons que c'est à eux qu'en revient le plus grand honneur.

Nous devons à la bienveillance de M. le Professeur Weiss d'avoir à la présidence de notre thèse un Maître si aimable qui sut toujours ajouter à l'intérêt de ses leçons, l'attrait d'une très sympathique obligeance.

Mais il nous tarde de témoigner notre reconnaissance à

MM. les Professeurs Bernheim et Gross ; nous n'oublierons jamais les bienfaits que nous devons à la fréquentation de leurs cliniques, et nous serons toujours fier de nous inspirer du devouement dont ils prodiguent l'exemple.

MM. les Professeurs agrégés Rohmer et Schuhl qui nous ont initié à des exercices pratiques souvent délicats, ont eu à notre égard tant de complaisance qu'il nous serait pénible de taire notre gratitude.

Enfin nous adressons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Frœlich des remerciements tout spéciaux, car nous lui devons l'idée de notre thèse, à l'élaboration de laquelle il a donné la précieuse empreinte de ses conseils. Qu'il veuille bien en accepter l'hommage et y trouver l'expression de nos sentiments.

Attristé par un deuil cruel qui, naguère, enleva à notre affection un père bien aimé duquel nous étions éloigné depuis plusieurs années, nous manquerions à un pieux désir en ne remerciant point, avant notre départ, les amis que nous avons connus ou retrouvés en France, et par le commerce desquels nous avons si souvent revécu les tendres souvenirs de notre enfance et du pays natal ; et tous ces excellents camarades d'études dont l'intimité franche et l'amicale sympathie ont attaché à cette hospitalière terre lorraine une parcelle vivace de notre cœur ému !

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de sarcome cutané dans le service de M. le professeur agrégé Frœlich. Notre maître nous engagea à en faire notre sujet de thèse inaugurale.

Nous avons adopté comme titre de notre travail : « *Contribution à l'étude des sarcomes congénitaux.* » Disons tout de suite que nous ne nous occuperons que des sarcomes périphériques et en particulier des sarcomes de la peau et de la langue.

Actuellement on admet contrairement aux opinions anciennes que l'enfant peut être porteur de tumeurs de type sarcomateux. Si l'on a publié un grand nombre de cas de sarcomes viscéraux, il en est tout autrement pour les sarcomes périphériques, dont il n'existe que quelques rares observations.

Chez l'adulte même ces sarcomes périphériques n'ont été étudiés que récemment, par *Perrin* (1885-1886) et *Saix* (1898).

Nous nous sommes proposé dans ce modeste travail de

rassembler les cas qui se rapportent à notre sujet et de faire un exposé général de la question.

Nous apportons deux observations nouvelles et inédites dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich et quelques statistiques nouvelles.

Voici le plan que nous avons adopté :

Dans un premier chapitre nous étudierons l'étiologie, la fréquence des sarcomes, l'influence de l'hérédité et du traumatisme sur leur évolution.

Dans un deuxième chapitre nous montrerons par un court résumé d'anatomie pathologique, la difficulté de diagnostic au point de vue microscopique.

L'origine et l'évolution des sarcomes en général feront l'objet du troisième chapitre.

Le quatrième chapitre sera consacré à la pathogénie. Nous nous contenterons seulement d'exposer les théories si variées et dissemblables qui ont été émises à ce sujet sans pouvoir indiquer celle qui se rapproche le plus de la vérité.

En nous basant sur la description des auteurs classiques et sur nos observations, nous décrirons, dans un cinquième chapitre, les symptômes de la maladie et montrerons toutes les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on veut poser un diagnostic clinique.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous indiquerons le pronostic et le traitement, en insistant sur l'intervention hâtive et largement pratiquée.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

« La plus grande incertitude règne encore sur l'étiologie » du sarcome et des tumeurs congénitales en général. Les cas n'étant pas aussi nombreux que chez l'adulte, il en résulte une autre difficulté pour les statistiques. Mais, d'après différents travaux et statistiques, on peut arriver à conclure que :

SEXE. — Le sarcome se présente aussi bien chez les garçons que les filles, mais les premiers sont atteints plus fréquemment que les secondes, ce qui est le contraire dans l'âge adulte où les femmes sont atteintes plus souvent que les hommes.

Sur 92 cas, Duzau a trouvé 60 garçons et 32 fillettes.

Tandis que Picot donne sur 200 cas 108 garçons et 92 fillettes.

FRÉQUENCE. — La fréquence du sarcome de la peau et de la langue est rare.

Dans 242 cas de Picot, la peau était prise 8 fois (3,30 010).

Fuster rapporte 537 cas de tumeurs congénitales, dans lesquelles la peau était prise 20 fois (3,80 010).

HÉRÉDITÉ. — Malgré la tendance qu'on a aujourd'hui à admettre l'hérédité, il nous est impossible de l'accepter, ne l'ayant constatée dans aucune de nos observations.

« L'hérédité, dit d'ailleurs Saint-Germain, paraît nous manquer d'une manière presque absolue au point de vue de l'étiologie. Aucun des enfants observés n'a présenté d'antécédents de famille. »

Nous avons cherché, d'autre part, dans toutes les thèses, dans des travaux concernant des tumeurs malignes chez les enfants; nous n'avons pas trouvé un cas net présentant l'hérédité directe.

TRAUMATISME. — Le traumatisme sous n'importe quelle forme agit en général comme cause occasionnelle dans la genèse de néoplasme. La part qui lui revient est surtout frappante pour les sarcomes. N'a-t-on pas assisté, sous l'influence d'un traumatisme quelconque à la formation de sarcome, ou chez un sarcomateux à une évolution très rapide de la tumeur qui jusqu'alors était restée presque stationnaire. Nous n'avons jusqu'à présent aucune preuve que le traumatisme puisse produire les mêmes effets sur l'enfant pendant sa vie intra-utérine. Mais il ne nous semble pas trop hardi d'avancer que le traumatisme doit avoir une certaine part dans la production des tumeurs congénitales.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Le sarcome se présente *macroscopiquement* sous forme d'une masse plus ou moins rougeâtre, irrégulière, bosselée. Sa consistance est molle, élastique, non fluctuante. La tumeur saigne souvent, surtout quand il existe des ulcérations.

A la coupe, la surface est blanchâtre. On y constate des vacuoles, des kystes sanguins formés par la rupture des capillaires embryonnaires dilatés.

Par le raclage on obtient un suc laiteux, légèrement rosé. Le microscope nous montre que ce suc est constitué par des cellules très friables, dépourvues de membrane et possédant un noyau volumineux.

Sur une coupe *microscopique* le sarcome est constitué par des cellules tantôt sphériques, tantôt irrégulières avec des prolongements fusiformes multiples. Les dimensions de ces cellules sont très variables; elles peuvent mesurer de

5 μ à 50 μ . Leur structure est simple, elles ne possèdent pas de membrane, renferment un ou plusieurs noyaux (1-50), de forme sphérique ou ovale et de dimensions variant de 5 μ à 9 μ . Les nucléoles sont petits et très apparents.

Ces cellules sont disposées les unes à côté des autres, se touchant ou étant séparées par une mince couche ou substance amorphe molle.

Parmi les cellules sarcomateuses on remarque un grand nombre de vaisseaux sanguins. Ces vaisseaux sont en rapport direct avec les cellules sans dispositions régulières. Leur structure est la même que celle des vaisseaux des tissus enflammés (cellules embryonnaires). On n'arrive pas à les isoler par suite de la mollesse très grande du tissu et surtout parce que les cellules de leurs parois ne sont pas distinctes de celles qui composent le sarcome.

Sur des coupes durcies on voit que les vaisseaux sont limités par les cellules arrondies ou fusiformes du sarcome. Très rarement ces vaisseaux ont une paroi propre ; c'est ce qui donne à ces tumeurs une tendance si marquée aux hémorragies rapides et répétées, et à la production d'hématomes et de kystes.

Avant de terminer, nous devons ajouter que ces données d'anatomie microscopique sont très peu caractéristiques. On ne peut pas faire le diagnostic anatomo-histologique de ces tumeurs par le raclage, ni même d'après des coupes durcies. En effet, quelle différence y a-t-il entre le sarcome embryonnaire et certain tissu inflammatoire ? « S'il y a une différence entre le sarcome et le tissu inflammatoire, elle consiste essentiellement dans l'origine et la fin de ces deux produits morbides. » (Ranvier.)

Le tissu inflammatoire marche vers la guérison ou l'élimination ; tandis que le sarcome continue à croître indéfiniment. Billroth reconnaît aussi qu'au microscope il est impossible de diagnostiquer un sarcome d'un stade de néoplasie inflammatoire.

Si le diagnostic microscopique présente d'aussi grandes difficultés quand la tumeur est normale, quelle sera sa valeur lorsqu'une partie plus ou moins importante de la tumeur sera modifiée par le ramollissement ou la dégénérescence ne laissant subsister que de faibles portions de tissu primitif.

SIÈGE. — Le sarcome congénital de la peau siège très fréquemment sur la région faciale. Ceux de la langue n'ont pas une prédilection marquée pour certaine partie de l'organe.

FORMES. — Le sarcome de la peau présente deux variétés cliniques :

1° Le *sarcome cutané* caractérisé par une tendance à la pédiculisation ;

2° Le *sarcome sous-cutané* qui se présente au contraire sous forme d'une masse lobulée.

La première variété est plus fréquente.

Le sarcome de la langue se présente aussi sous deux formes :

1° Le *sarcome interstitiel* se développant dans le tissu propre de l'organe ;

2° Le *sarcome pédiculé* se développant sous la muqueuse et tendant à faire hernie hors de l'organe ; cette dernière variété est moins fréquente que la première.

VOLUME. — Le volume peut être très variable, mais ne dépasse pas ordinairement celui d'une grosse noix. Ces sarcomes périphériques entraînant facilement les accidents divers, que nous exposerons plus loin, on est amené à les opérer avant qu'ils aient acquis un développement excessif.

CHAPITRE III

Origine et évolution clinique.

L'origine première du sarcome est difficile à observer. Même pour les sarcomes non congénitaux on a pris souvent pour l'origine les différentes phases d'accroissement de la tumeur. Aujourd'hui on a une tendance à admettre le développement primitif dans le tissu endothélial (Monod et Arthand, Waldeyer). Cette hypothèse est basée sur l'examen de coupe montrant des cellules rondes qui bordent les capillaires embryonnaires. Ces cellules résulteraient de la segmentation des cellules endothéliales des vaisseaux.

La tumeur une fois constituée commence à s'accroître, refoule et tasse les tissus ambiants qui lui forment une sorte de membrane d'enveloppe — une *capsule*.

L'accroissement se fait principalement aux dépens de l'élément cellulaire propre de la tumeur ; il est à la fois interstitiel et périphérique. Les foyers de prolifération qu'on observe dans l'épaisseur du sarcome semblent avoir un vaisseau nourricier comme centre (Schwartz).

A la périphérie une zone embryonnaire dont la vie est très active refoule la capsule, quelquefois l'infiltré, la franchit et envahit les tissus voisins. Dans d'autres cas, les nodules secondaires apparaissent à distance et en s'accroissant finissent par se confondre avec la tumeur principale. C'est l'envahissement discontinu de Ranvier, d'un pronostic plus grave.

Le sarcome cutané et sous-muqueux a souvent une tendance à bourgeonner et à prendre la forme papillaire.

En s'accroissant le sarcome comprime, atrophie les téguments voisins. Est-il sous-cutané ou sous-muqueux, il refoule les téguments, qui s'amincissent, prennent une teinte rouge bleuâtre par suite de la gêne de la circulation ; finalement ces tissus s'ulcèrent mécaniquement et laissent passer des bourgeons néoplasiques. Dans d'autres cas, ils sont directement envahis par le néoplasme.

La circulation, surtout veineuse, y est très active ; la moindre compression agissant sur la tumeur pourra produire une grande gêne de la circulation intra-néoplasique (en comprimant le grand nombre des veines et capillaires, les artères étant rares). Cette gêne peut produire des thromboses, d'où des embolies. Les veines sont souvent perforées et laissent pénétrer dans leur intérieur des bourgeons néoplasiques.

La propagation à distance se fait de différentes façons : tantôt une véritable zone d'infection semble envelopper les sarcomes : de là, la nécessité des extirpations larges, dépassant la limite apparente du néoplasme ; tantôt se produisent des *métastases* dans les différents organes, dues à l'embolie et à la greffe ; ce mode de propagation explique la rapide généralisation d'un sarcome jusqu'alors considéré comme une

tumeur locale. La voie habituelle de cette généralisation n'est pas, comme dans les autres tumeurs malignes, la voie lymphatique (qui est prise), mais la voie sanguine, surtout veineuse.

MARCHE. — La durée du sarcome congénital est très difficile à déterminer ; ordinairement on l'opère de bonne heure ; mais si nous nous basons sur quelques exemples que nous trouvons dans nos observations, ces sarcomes congénitaux ont une marche rapide, durant 2 à 8 mois, et ne dépassant pas un an.

La mort est la règle ; elle survient rarement après la généralisation, et elle est due à des accidents divers.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La pathogénie des sarcomes comme celle des tumeurs en général est très obscure. Les diverses théories émises jusqu'à ce jour rentrent pour la plupart dans le champ de l'hypothèse. Ces théories peuvent être divisées en deux groupes. Dans le premier, on admet que le néoplasme peut naître des tissus de l'organisme normal, sous l'influence d'une irritation de nature variable, telle que le traumatisme, l'infection, etc. Dans un second groupe, les tumeurs sont considérées comme des vices de conformation, comme la conséquence de troubles qui se sont produits pendant le développement (inclusion d'un germe embryonnaire).

1^o *Théorie microbienne.* — A la suite des travaux et des recherches de Pasteur, et après la découverte du bacille de Koch, on essaya tout naturellement de prouver l'origine parasitaire du sarcome. C'est qu'en effet, jusqu'à cette époque, grâce à l'analogie qui existe entre l'évolution infec-

tieuse et la marche de certains sarcomes, on classait dans la même catégorie les tubercules et les tumeurs.

Les résultats de l'expérimentation sont des plus contradictoires. On fit des inoculations et des greffes, mais lorsque par hasard on obtenait un résultat positif, les nodules ne tardaient pas à disparaître.

Franck dans certains sarcomes a trouvé et décrit un bacille spécial, mais les essais d'inoculation et de culture ont donné des résultats négatifs.

Cependant malgré cette non réussite expérimentale, on a encore une grande tendance à admettre l'origine infectieuse du sarcome (Delbet).

2° *Théorie de l'inclusion du germe embryonnaire* (théorie de Cohnheim). — Cette théorie émise pour la première fois par Cohnheim a soulevé beaucoup d'enthousiasme, car elle expliquait la majeure partie des faits. Mais cette théorie très séduisante au premier abord est passible d'un grand nombre d'objections.

Cohnheim admet « que pendant la formation de l'embryon, lorsque tous les éléments se multiplient avec beaucoup d'énergie, il peut arriver qu'il se forme quelques cellules en plus qui, étant surperflues à l'organisme à venir, restent inertes et sont englobées par les tissus de nouvelles formations. Ces cellules sous des conditions favorables se multiplient et forment le néoplasme ».

Même chez l'adulte on trouve des exemples d'une formation analogue ; on explique ainsi la formation des tumeurs perlées et des tumeurs épithéliales des doigts (Gross, Reverdier).

3° *Théorie de l'anomalie du développement cellulaire* (théorie de Bard). — D'après Bard, à l'état normal le

développement des cellules est régi par une influence physiologique réciproque des cellules les unes sur les autres, c'est-à-dire par une sorte d'*induction vitale*. Lorsque cette influence inductrice vient à disparaître en un point de l'organisme, la cellule située en ce point, dégagée de l'influence régulatrice, devient *anarchique* et produit la tumeur.

4° *Théorie nerveuse*. — La plupart des tumeurs ne contenant pas de nerfs, Rindfleisch et d'autres ont attribué la cause de production des tumeurs à l'arrêt de l'action du système nerveux sur le développement cellulaire.

CHAPITRE V

Symptômes cliniques et diagnostic.

L'existence de tumeurs congénitales passe souvent inaperçue au début, l'enfant n'accusant aucun signe de douleur ou de gêne. La découverte ne peut en être qu'un jeu de hasard. Ce n'est que plus tard, quand le néoplasme gêne par son volume, ou bien quand il s'ulcère donnant lieu à des hémorrhagies répétées, que l'enfant est présenté au médecin.

Dans la majorité des cas, la tumeur *cutanée* se présente, au début, sous forme d'une masse rouge plus ou moins foncée. Presque toujours on peut délimiter nettement des contours. La tumeur est mobile, n'a aucune connexion avec les plans profonds. Elle est d'une consistance molle et peut donner la sensation d'une pseudo-fluctuation. Cette consistance n'est pas uniforme quand la tumeur est déjà ancienne et atteint un certain volume.

Lorsque la tumeur est sous-cutanée, on a la sensation au toucher d'un paquet lobulé. La peau qui la couvre est distendue et amincie par suite de la disposition de tissu

cellulaire sous-cutané. Elle est congestionnée et présente un latic bleuâtre formé par les veines dilatées.

Au bout d'un certain temps, en général de bonne heure, la tumeur s'ulcère ; cette ulcération est due plus souvent à la distension qu'à l'envahissement par le néoplasme. Elle est généralement circulaire et présente rarement cet aspect cratériforme qu'on observe dans le carcinome ; elle est couverte de fongosités rouges et saignantes qui dépassent le niveau des téguments. Les bords de l'ulcération ne sont pas indurés comme dans l'épithélioma, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une infiltration de la peau par les éléments de la tumeur. A mesure que le néoplasme s'accroît, la surface ulcérée s'élargit elle-même : les végétations atones, qui la recouvrent, deviennent de plus en plus exubérantes, molles, friables et sont dès lors le siège d'hémorrhagies ordinairement rares et peu abondantes ; la gravité de ces hémorrhagies chez le nouveau-né résulte d'ailleurs moins de leur abondance que de leur répétition.

On a signalé quelquefois, dans le sarcome, une élévation de température locale ; et parfois aussi dans le sarcome à marche rapide une élévation de température générale (Symptôme qui n'est pas signalé dans nos observations).

L'affection est presque toujours indolente, bien qu'on ait signalé quelque cas douloureux. Les douleurs tardives sont dues soit à la compression ou à l'englobement dans la tumeur de filets nerveux, soit à l'inflammation et au processus ulcératif de la peau.

Les ganglions ne sont pas engorgés ; mais on a noté des cas (et notre observation n° 2 en est un exemple), où les ganglions correspondants étaient pris. Chose curieuse, cet engorgement est signalé plus souvent quand il s'agit de ré-

cidives opératoires que dans le cas de tumeurs primitives. Ces adénopathies sont absolument indolentes, à moins qu'elles ne soient dues à l'infection secondaire par les ulcérations de la tumeur.

Enfin exceptionnellement, peuvent survenir des accidents généraux septicémiques dus au sphacèle, à la suppuration, etc.

Dans le sarcome de la langue, les mouvements du larynx se trouvent plus ou moins limités et il en résulte une certaine gêne de la déglutition et de la succion. Ces troubles absolument mécaniques ne sont pas d'ailleurs spéciaux aux sarcomes, toutes les tumeurs linguales peuvent avoir les mêmes conséquences. Nous pouvons remarquer cependant qu'une tumeur de la partie antérieure de la langue ne détermine pas les troubles rapides et intenses que provoquerait une tumeur de la base.

Ordinairement l'état général des petits malades est bon ; on n'observe pas la cachexie néoplasique. « Je ferai ressortir, dit Saint-Germain, la rareté de la cachexie chez les enfants. Quelques ravages locaux que produise le mal, la constitution n'en paraît pas affectée ; les diverses fonctions s'exécutent bien, le teint rose reste ; la coloration jaune paille fait défaut. » Il semble que l'enfant n'ait pas les forces suffisantes pour résister jusqu'à la période de cachexie ; et si celle-ci survient, on doit l'attribuer presque toujours à la généralisation de la tumeur qui est d'ailleurs assez rare.

Hayem a signalé l'augmentation du nombre des globules blancs dans le sang chez des sujets atteints de sarcome. Quelques auteurs ont noté en outre une diminution dans le nombre des globules rouges.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du sarcome est assez difficile à faire. Reclus insiste sur la difficulté clinique de diagnostiquer les sarcomes et il ajoute : « Le diagnostic du sarcome, même sous le microscope, est difficile et on pourrait citer maints faits où des histologistes distingués ayant déclaré la nature sarcomateuse de certaines tumeurs, revinrent, après un nouvel examen, sur leur premier diagnostic. » Les caractères propres du sarcome ne suffisent pas toujours à poser un diagnostic précis. On se basera sur le commémoratif et surtout sur les caractères et la marche de la tumeur. On aura recours à une ponction exploratrice dans les cas douteux : cette ponction faite antiseptiquement et prudemment est sans inconvénient.

Pour le sarcome de la peau on doit faire le diagnostic différentiel avec :

1° *Les angiomes*, qui comme les sarcomes sont souvent congénitaux, ont une prédilection pour les régions faciale et crânienne ; mais leur saillie irrégulière et mal limitée, leur réductibilité et leur changement de volume sous l'influence des efforts permettent de les distinguer des tumeurs sarcomateuses.

2° *Les lymphangiomes*. — a) *Lymphangiome simple*, qui se présente sous une masse molle, limitée, réductible, avec un aspect éléphantiasique de la peau. La marche de ces tumeurs est très lente et sans réaction générale.

b) *Lymphangiome kystique*, non réductible, mais qui souvent présente les caractères classiques d'un kyste. Dans les cas douteux la ponction est indiquée et permettra de faire le diagnostic.

3° *Les gommes sous-cutanées* (Absès). — Les gommes hypodermiques ont une évolution très lente (sauf quelques cas à marche rapide. Bazin) ; dans la période de crudité on se basera sur les antécédents, l'état général et surtout sur les lésions concomitantes.

4° *Les lipomes*. — Les lipomes sont souvent diffus, lobulés, pseudo-fluctuants ; au toucher ils donnent la sensation d'une sorte de crépitation due à l'écrasement des lobules. Leur marche est très lente.

Pour le sarcome de la langue, malgré la pauvreté de symptomatologie, il faut faire le diagnostic différentiel entre diverses tumeurs et le sarcome.

1° *Carcinome*. — Nous le citons, pour l'éliminer tout de suite ; il est presque inconnu chez les jeunes enfants.

2° *Gommes syphilitiques*. — Les gommes syphilitiques de la langue, quand elles sont uniques, volumineuses, peuvent en imposer pour un sarcome ; mais elles existent rarement sans lésions de la muqueuse ; les ganglions font défaut comme dans le sarcome. Dans les cas où le diagnostic est indécis, le traitement spécifique permet en peu de temps de confirmer le diagnostic.

3° *Gommes tuberculeuses*. — Les gommes tuberculeuses, très rares chez les enfants, ne sont presque jamais congénitales. L'évolution ultérieure (ramollissement, suppuration, etc.) ne permet pas le doute.

4° *Kystes*. — Les kystes sont assez fréquents chez le nouveau-né ; ils présentent tous les symptômes de la grenouillette, sauf la douleur. Dans le cas où la fluctuation

n'est pas perçue, une ponction exploratrice éclairera le diagnostic.

Quant aux autres tumeurs, fibromes, lipomes, ils n'existent pas chez le nouveau-né, sauf à l'état de tumeurs mixtes, fibro-sarcome, lipo-sarcome, etc., ce qui forme une variété de sarcome.

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement.

PRONOSTIC. — Le pronostic de sarcome est grave en général.

Cette gravité dépend de l'âge du sujet et de la structure du sarcome. « Un sarcome est d'autant plus grave que son organisation est moins élevée, ou en d'autres termes les sarcomes formés uniquement ou en majeure partie d'éléments embryonnaires sont bien plus graves que ceux dans lesquels ces mêmes éléments ont de la tendance à s'organiser en tissu conjonctif. » (Ranvier.)

Ajoutons cependant que les sarcomes périphériques qui sont bien encapsulés, demeurent souvent des tumeurs locales, sans grande tendance à la généralisation et par suite ne récidivent pas après l'extirpation.

Aussi, malgré l'âge des sujets et la nature embryonnaire du sarcome, ces tumeurs ont-elles un pronostic toujours moins défavorable que chez l'adulte.

TRAITEMENT. — Avant d'aborder ce chapitre du traitement, posons-nous la question de la nécessité de l'intervention chirurgicale dans le sarcome en général. A notre avis, il faut intervenir, et nous basons cette manière de voir sur plusieurs raisons :

1° La sarcome, qu'il appartienne à n'importe quelle variété anatomique, qu'il siège en n'importe quel organe, est une maladie incurable. Ce malade est voué à une mort fatale.

2° Jusqu'à présent, les médicaments de toutes sortes (sérum, iodure, etc.) n'ont pas été efficaces pour enrayer la marche du sarcome.

3° Une fois le sarcome diagnostiqué cliniquement et anatomo-pathologiquement, l'extirpation a eu de bons résultats : et depuis que l'opération se fait hâtivement et avec plus de sûreté, nombreux sont les cas de guérison définitive (obs. n° 1).

Ce point acquis, quand faut-il opérer et comment ? Dès que le diagnostic sera posé, il faut opérer le plus hâtivement possible, sans perdre un temps précieux à essayer des médicaments anodins. De plus, il faut faire l'extirpation largement, en dépassant les limites apparentes de la tumeur. Il faut extirper la capsule, même quand la tumeur s'enuclée facilement.

Le manuel opératoire n'a d'ailleurs rien de particulier ; ordinairement il ne survient aucune complication.

Il existe deux sortes de contre-indication :

1° Un mauvais état général du sujet ;

2° Un commencement de généralisation.

Il faut bien se garder d'opérer des sarcomes qui commencent déjà à se généraliser ; c'est-à-dire chez un sujet qui

présente des ganglions ou des nodules secondaires disséminés. Nous avons vu l'influence néfaste de ces opérations incomplètes sur la marche du sarcome, dont elles précipitent l'évolution.

On doit opérer hardiment des récidives locales, pour tenter une guérison définitive. On cite des sujets opérés jusqu'à 4 ou 5 fois (Billroth), et où l'on a obtenu une guérison complète.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur FRÉLICH.)

Sarcome cutané congénital.

S... Louis, de Nancy, petit garçon de 7 mois, bien portant. Le père est tuberculeux, en même temps alcoolique. La mère est tuberculeuse aussi. Cet enfant présente en arrière de l'oreille droite, à un centimètre du pavillon de l'oreille, une petite tumeur du volume d'une noisette, légèrement pédiculée. Les parents n'avaient rien remarqué à la naissance ; au bout de six semaines seulement ils s'étaient aperçus d'un petit bouton rouge, qui augmentait toujours de volume.

La petite tumeur est exactement située à la base de l'apophyse-mastoïde ; la surface a une couleur grisâtre, légèrement rosée vers la base, saignant facilement. A la palpation, la tumeur est molle, pas fluctuante. Elle est assez mobile sur les téguments profonds.

Pas d'ulcérations.

Opération. — On opère sous chloroforme. On excise largement la tumeur jusqu'à l'os. Cette excision donne une plaie ovoïde de deux centimètres en longueur et en largeur, saignant notablement. L'hémorrhagie est arrêtée par deux sutures au fil de soie. Guérison.

Examen microscopique. — A l'examen microscopique la tumeur présente le type d'un sarcome embryonnaire, très vasculaire.

L'enfant est revu au bout d'un an, deux ans, sans récidue.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur FÉLICH.)

Sarcome cutané congénital.

A... S..., de Vandœuvre, petite fillette de 2 mois. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire. Mère et père bien portants. Elle a deux frères bien portants aussi. A la naissance, elle présentait à la partie latérale du cou une petite grosseur rougeâtre, de la dimension d'une mûre. La tumeur a augmenté rapidement. Quand les parents l'ont amenée à la consultation, l'enfant, d'un état général médiocre, présentait sur la partie antéro-latérale du cou 3 centimètres au-dessus de la clavicule gauche, en avant du muscle sterno-mastoidien une tumeur pédiculée grosse comme un œuf de pigeon, de couleur rouge foncé, saignante. Le pédicule est gros comme une plume d'oie. La tumeur a 5 centimètres de long, sur 4 centimètres de large à sa plus grosse extrémité. Au toucher elle est dure, non fluctuante. Le pédicule adhère à peine au tissu cellulaire sous-cutané ; il n'a pas d'adhérence avec les parties profondes. La tumeur est ulcérée, saigne fréquemment au moindre attouchement.

Opération. — Excision du pédicule, qui semble être superficiellement implanté dans la peau. Une grosse artère qui se trouve au centre du pédicule, saigne abondamment. Sutures au fil de soie. Guérison opératoire.

Examen microscopique. — A l'examen histologique de la tumeur on constate tous les éléments d'un sarcome embryonnaire.

Six semaines après, l'enfant est ramenée à l'hôpital. Nulle récurrence locale ; mais tous les ganglions du cou à gauche sont engorgés. La récurrence ganglionnaire étant énorme, on écarte l'idée d'une seconde intervention. L'enfant se cachectise de plus en plus et elle meurt quatre semaines après.

On n'a pas pu faire l'autopsie.

OBSERVATION III

CHARON. — *Bulletin académ. de médecine de Belgique*, 1878.

Sarcome cutané congénital.

Le 20 novembre 1877, fut apportée à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre une petite fille, venue au monde depuis huit heures seulement, atteinte d'une étrange infirmité de la face.

Pas d'antécédents héréditaires.

Sur la face de l'enfant, on voit une tumeur du volume d'un œuf de poule, bosselée, rouge violacé; les parties les plus saillantes sont de coloration jaunâtre.

La consistance de la tumeur était donc au niveau des parties rouges, molle et presque fluctuante au niveau des mamelons jaunâtres; elle partait de l'angle interne de l'orbite droit, envahissait toute la région nasale, refoulait en dehors l'aile du nez du côté gauche et tendait à envahir la région frontale.

En huit jours, elle doubla de volume, s'étendit au front, aux lèvres, atteignit le grand angle de l'œil gauche, en refoulant ce dernier vers la tempe.

L'absence de réductibilité de la tumeur, l'intégrité de la voûte crânienne firent repousser l'idée de méningocèle.

Le diagnostic fut : tumeur encéphale.

Les jours suivants, la tumeur s'ulcère, laisse couler un liquide sanieux, d'odeur fétide, augmente beaucoup de volume, atteint et dépasse celui du poing d'un enfant de dix ans.

L'état général qui s'était conservé pendant les dix premiers jours ne tarda pas à devenir mauvais. L'enfant maigrit, sa face prend une teinte cachectique.

Diarrhée. Contracture des membres. Mort le 11 décembre.

A l'autopsie on trouve, outre la tumeur principale qui n'intéresse nullement l'œil et le nerf optique, un très grand nombre de tout petits noyaux secondaires dans la peau du ventre, le tissu cellu-

laire sous-pleural et abdominal. Ces tumeurs varient de volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois. Il en existe quelques-unes dans le sein gauche.

Les autres organes sont normaux.

Examen microscopique. — La grave tumeur est formée de cellules embryonnaires causées par un stroma excessivement fin, formé de substance amorphe.

La tumeur a subi la dégénérescence graisseuse en beaucoup de points. Il s'agit donc d'un sarcome fongueux ou globo-cellulaire.

La structure des noyaux secondaires est analogue à celle de la tumeur primitive.

OBSERVATION IV

(Rapportée par M. de SAINT-GERMAIN).

Sarcome cutané congénital.

Enfant nouveau-né, bien portant, sans antécédents.

On constatait sur l'avant-bras une tumeur du volume d'une noisette présentant les caractères d'une tumeur sarcomateuse. Au bout de dix jours la tumeur grossissait si rapidement qu'elle présentait l'aspect d'un véritable fungus.

Après l'extirpation, l'examen histologique faite par Maltasset montra un sarcome embryonnaire typique.

L'enfant n'a pas été suivi.

OBSERVATION V

(W. ZAHN, — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1885.

Très résumée.)

Sarcome cutané congénital.

Une femme, bien portante, expulsa un fœtus de six mois, por-

teur, au niveau de la joue droite, d'une tumeur très volumineuse.

Cette tumeur mesurait, perpendiculairement de l'œil gauche à son bord inférieur, 15 centimètres 5, et transversalement, de l'oreille au menton, 12 centimètres 5.

Sur une coupe, on voyait nettement que cette tumeur était formée de trois couches. L'extérieure mince, brune et nécrosée; la couche moyenne plus large était plus rouge, mais translucide; la couche inférieure, encore plus épaisse, était blanchâtre, d'apparence gélatineuse et assez fortement vascularisée.

L'examen microscopique révéla la nature sarcomateuse de la tumeur.

La dissection minutieuse de la tumeur fit voir qu'elle avait son point de départ dans la boule graisseuse de Bichat.

OBSERVATION VI

(TARGETT. — Obs. III. *Gay's surgical Report*, 1873.)

Sarcome congénital de la langue.

Charles J..., âgé de dix mois, enfant bien portant, de bons antécédents héréditaires.

La mère aperçut, pour la première fois, une tumeur sous la langue de son enfant, alors que son enfant n'avait que sept mois. Elle se développa rapidement jusqu'à devenir une masse saignant fréquemment. Quand il fut admis à l'hôpital, dans le service de M. Houwe, il existait, à la face inférieure de la langue, une tumeur blanche, allant de la pointe sur la ligne médiane jusqu'au plancher de la bouche.

Une fois la tumeur enlevée, on constata qu'elle était de nature sarcomateuse.

(Le malade n'a pas été suivi et l'on ne sait rien sur l'évolution ultérieure de l'affection.)

OBSERVATION VII

(TARGETT. — Obs. II. *Guy's surgical Report*, 1867.)

Sarcome congénital de la langue.

Albert W..., âgé de deux ans, fut admis dans le service de M. le docteur Durham, pour une tumeur de la langue dont la mère s'était aperçue, pour la première fois, sept semaines auparavant. Elle avait beaucoup grossi dans les derniers temps ; elle n'était nullement douloureuse. L'enfant ronflait avec bruit pendant son sommeil.

Les antécédents de la famille étaient satisfaisants.

A son entrée, l'enfant présentait, sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, à peu près à quatre centimètres en arrière de la pointe, une tumeur de consistance molle, blanchâtre et mesurant deux centimètres environ.

Aucun engorgement ganglionnaire. Aucune gêne de la déglutition, pas de douleur.

L'enfant resta en observation et, deux mois après son admission, comme la tumeur avait augmenté de volume et gênait la déglutition, on pratiqua l'ablation de la tumeur. Celle-ci fut enlevée avec une portion de la langue, au moyen de l'écraseur. Un examen ultérieur montra que toute la tumeur n'avait pas été enlevée.

Une quinzaine de jours après l'opération, la tumeur avait récidivé sur place, et si rapidement, qu'elle était plus volumineuse qu'auparavant. Elle était un peu lobulée, très molle et s'étendait en arrière, aussi loin que le doigt pouvait atteindre.

Elle empiétait aussi sur le plancher de la bouche et on pouvait la sentir extérieurement comme une masse profondément située dans la région sous-maxillaire gauche.

L'enfant fut emmené de l'hôpital et mourut peu de temps après ; on ne fit pas l'autopsie.

L'examen microscopique montra que la tumeur était composée d'une trame délicate de tissu conjonctif servant de soutien à des cellules affectant toutes les variétés de forme entre les cellules rondes et de véritables fibres en passant par des cellules ovales et fusiformes.

OBSERVATION VIII

(*Jacoby the american Journal of obstatrics*, May 1869, p. 81.)

Sarcome congénital de la langue.

Thomas K..., âgé de onze semaines, né de parents bien portants, sans trace de syphilis, frère de trois ans également bien portant.

Quelques heures après la naissance, la mère remarqua une tumeur de la langue qui, du reste, n'empêchait pas le malade de téter. La tumeur grossit lentement. Ponctionnée, il en sortit du sang.

Quand l'enfant fut observé pour la première fois, il existait sur la moitié gauche de la langue, une tumeur du volume d'une noix, s'étendant sur le bord de la langue, jusque sur la ligne médiane en largeur ; l'extrémité antérieure se trouvait à un centimètre de la pointe.

Elle était de consistance assez ferme, élastique, d'un rouge éclatant, et la surface était recouverte d'un réseau très large de capillaires. Aucune hypertrophie ganglionnaire. Santé générale excellente, quoique la déglutition fût gênée par le volume de la tumeur.

La tumeur et les portions voisines de la langue furent enlevées au moyen de l'écraseur galvanique. Pas d'hémorrhagie ; et, en quinze jours, la cicatrisation était terminée.

L'enfant ne fut pas suivi.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une tumeur constituée par des cellules fusiformes à noyaux allongés, de dimensions très semblables. Ceux-ci étaient partout en moins grande abondance que dans la tumeur elle-même.

CONCLUSIONS

1° Les sarcomes congénitaux en général ne sont pas rares.

L'origine d'un grand nombre de tumeurs, rapportées à l'âge de 2 à 4 ans, remonte souvent sans doute jusqu'à la naissance ; mais en particulier les sarcomes de la peau, de la langue sont rares.

2° Ces tumeurs présentent le type de sarcome embryonnaire à cellules rondes. C'est l'état le plus élémentaire qui est d'un pronostic grave chez l'adulte, ces sarcomes ont une marche lente, sans tendance à la généralisation ; et quelques cas seulement présentent une marche rapide.

3° Malgré cette constitution élémentaire qui est d'un pronostic grave chez l'adulte, ces sarcomes ont une marche lente, sans tendance à la généralisation ; et quelques cas seulement présentent une marche rapide.

4° Après une extirpation large, et surtout hâtive, la récurrence est rare en général.

5° On note plus de guérisons définitives chez les enfants que chez les adultes.

Vu :

Le 19 juin 1899.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
WEISS.

VU PAR LE DOYEN :

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARDLE. — *British med. Journal*, 1887.
- BARD. — Anatomie générale des tumeurs (*in Archives de physiologie*, 1885).
- Spécificité cellulaire. (*Idem*, 1886.)
- BILLROTH (Th.). — *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1868.
- BRAULT. — *Archives de Médecine*, 1885.
- BRAUN. — Sarcome du rein. (*Thèse de Nancy*, 1897.)
- BROCA. — *Traité des tumeurs*, 1866.
- BUTLIN. — *Encyclopédie de Chirurgie*.
- CHARON. — *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1878.
- CHAUVEAU. — Tumeurs malignes chez les enfants. (*Thèse de Paris*, 1883.)
- CASTEUIL. — Pathogénie du cancer. (*Idem*, 1894.)
- CHRISTIANI. — Néoplasmes congénitaux. (*Journal d'anatomie*, 1891.)
- COHNHEIM. — *Allgemeine Pathologie*, 1882.
- COLEY. — Etude du sarcome. (*Annal. of Surgery*, III, 1891.)
- CORNIL et RAUVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*, 1881.
- DELBET. — Pathologie du sarcome. (*Presse médicale*, 1895.)
- DE SAINT-GERMAIN. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1883.
- DUPLEY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
- DUZAU. — Cancer chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, 1876.)

- FLITER. — Lehre von traumatischem Sarcome. (*Thèse de Hall*, 1896.)
- FUNST. — *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 1898.
- GANGOLPHE. — *Lyon-Médical*, 1892.
- GIRALDÈS. — *Leçons sur les maladies chirurgicales de l'enfance*, 1869.
- GOMBET. — Sarcome primitif des muscles. (*Thèse de Paris*.)
- GROSS. — *Pathologie chirurgicale*, 1898.
- GUSSENBAUER. — *Virchow's Archives*, t. XVIII.
- HAYEM. — *Bulletin de la Société de biologie*, 1887.
- HÉNOCQUE. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
- JACCOUD. — Infection sarcomateuse. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1896.)
- JAMIN. — *Pathologie chirurgicale*.
- JURGENS. — Etiologie des sarcomes. (XXV^e Congrès allemand de chirurgie, 1896.)
- KRASNOBCEF. — *Vracht*, 1892.
- LANCEREAUX. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1875.
- LEVAILLANT. — Tumeurs malignes chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, 1887.)
- MARION. — *Revue de Chirurgie*, 1897.
- MARK. — *Vracht*, 1891.
- MOREAU (H.). — De la contagion du cancer. (*Revue scientifique*.)
— Contagions de quelques néoplasmes. (*Archives de médecine expérimentale*, 1894.
- MONOD et ARTHAUD. — *Revue de Chirurgie*, 1886.
- MOTZ. — Pathogénie du sarcome. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893.)
- NOËL. — Contagion du cancer. (*Thèse de Paris*, 1897.)
- PICOT. — Tumeurs malignes chez l'enfant. (*Revue médicale de Suisse*, 1887.)
- POTT. — *Münch. med. Woch.*, 1892.
- PUJO. — Tumeurs primitives des os. (*Thèse de Montpellier*, 1870.)
- RAPIN (de Sartron). — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1890.

- RECLUS. — Sarcome en Algérie. (*Bulletin médical de l'Académie de médecine*, 1896.)
- RICARD. — Diathèse néoplasique. (*Thèse de Paris*, 1885.)
- RINDELEISCH. — *Histologie pathologique*.
- SAIX. — Sarcome de la langue. (*Thèse de Montpellier*, 1898.)
- SCHWARTZ. — Ostéosarcome. (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1880.)
- TSOUER — *G. Centralblatt f. Kinderh.*, 1887.
- VERNEUIL. — *Revue de Chirurgie*, 1878.
- VIGNÈS. — Etiologie des tumeurs. (*Thèse de Paris*, 1894.)
- ZAHN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1885.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie.....	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	11
CHAPITRE III. — Origine et évolution clinique	15
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	18
CHAPITRE V. — Symptômes cliniques et diagnostic	21
CHAPITRE VI. — Pronostic et traitement	27
OBSERVATIONS.....	32
CONCLUSIONS.....	37
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	39

